

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 176

Contribution à l'Etude
des Formes Pseudo-Néoplasiques
de l'Iléus Biliaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 Juillet 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Lucien PARTENSKY

Interne des Hôpitaux de Lyon

Né le 25 Janvier 1905 à LYON (Rhône)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES FORMES PSEUDO-NÉOPLASIQUES DE L'ILÉUS BILIAIRE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 176

Contribution à l'Etude
des Formes Pseudo-Néoplasiques
de l'Iléus Biliaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 Juillet 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Lucien PARTENSKY

Interne des Hôpitaux de Lyon

Né le 25 Janvier 1905 à LYON (Rhône)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, Infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	X.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POULICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutique générales	VALLAS
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOURT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch.

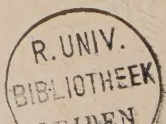
M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. BÉRARD, président ; SANTY, assesseur ;

CHALIER J. et ROCHET, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de ma très grande
affection.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. BERARD

Nous avons eu l'honneur et le plaisir d'être son interne, nous garderons toujours le souvenir de son précieux enseignement et de son aimable accueil.

En acceptant de présider notre thèse il nous donne un nouveau gage de sa bienveillance.

Nous sommes heureux de lui renouveler l'assurance de notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SANTY

Il nous a inspiré le sujet de notre thèse et nous a permis de faire paraître ses observations personnelles.

Notre reconnaissance n'aura d'égale que la confiance qu'il eut en nous ; qu'il en trouve ici l'expression sincère.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PH. ROCHET

Nous sommes heureux de le compter parmi nos juges.

Nous le remercions ici des marques de sympathie qu'il nous a données et l'assurons de toute notre reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. BERARD

Nous avons eu l'honneur et le plaisir d'être son interne, nous garderons toujours le souvenir de son précieux enseignement et de son aimable accueil.

En acceptant de présider notre thèse il nous donne un nouveau gage de sa bienveillance.

Nous sommes heureux de lui renouveler l'assurance de notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SANTY

Il nous a inspiré le sujet de notre thèse et nous a permis de faire paraître ses observations personnelles.

Notre reconnaissance n'aura d'égale que la confiance qu'il eut en nous ; qu'il en trouve ici l'expression sincère.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PH. ROCHET

Nous sommes heureux de le compter parmi nos juges.

Nous le remercions ici des marques de sympathie qu'il nous a données et l'assurons de toute notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. CHALIER

Nous avons passé dans son service les moments les plus agréables et les plus profitables de notre temps hospitalier.

Nous ne pouvons oublier les marques d'intérêt et d'inaltérable bonté qu'il nous a toujours témoignées et nous ne saurions en quelques mots le remercier.

Qu'il trouve ici l'expression de notre vive gratitude et de notre respectueux dévouement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HEITZ

Grâce à lui, nous avons pu effectuer ce travail, que les circonstances exigeaient rapide.

Il en fut l'animateur, ses conseils nous furent précieux.

Nous avons été très sensible à la cordialité qu'il nous a toujours témoignée.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance et de nos sentiments très affectueux.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER
MONSIEUR LE PROFESSEUR SAVY

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR DESGOUTTES
MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL
MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉPINE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GARIN
MONSIEUR LE DOCTEUR BERIEL
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. CHALIER

Suppléances d'Internat et Internat :

MONSIEUR LE DOCTEUR BONAMOUR
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. CHALIER
MONSIEUR LE DOCTEUR MOLIN
MONSIEUR LE PROFESSEUR G. NOVÉ-JOSSERAND
MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON
MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHUT
MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉPINE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD

A MES MAÎTRES DU LABORATOIRE D'HISTOLOGIE
A LA FACULTÉ

MONSIEUR LE PROFESSEUR POLICARD
MONSIEUR LE DOCTEUR PAUPERT-RAVAULT

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES FORMES PSEUDO-NÉOPLASIQUES DE L'ILÉUS BILIAIRE

Introduction

Notre intention n'est pas d'entreprendre une étude complète de l'iléus biliaire. Cette affection, qui a retenu depuis longtemps l'attention des chirurgiens, est encore à l'heure actuelle considérée comme particulièrement grave ; aussi a-t-elle suscité de très nombreux travaux, s'efforçant de préciser la conduite thérapeutique à adopter en présence de cette redoutable complication de la lithiase biliaire.

On s'est ingénié à diverses reprises à découvrir les raisons de la gravité particulière de cette forme d'occlusion, et les discussions qui s'ouvrent périodiquement dans les diverses Sociétés de Chirurgie sont la preuve que le problème n'est pas encore résolu. Il est un point particulier qui est à retenir, croyons-nous, comme élément de gravité, c'est l'allure clinique extrêmement trompeuse de cette affection qui peut revêtir des aspects si variés égarant le diagnostic et ne permettant pas toujours une thérapeutique aussi précoce qu'il serait nécessaire.

Les deux observations présentées par MM. SANY

et HEITZ à la Société de Chirurgie de Lyon du 7 mars 1929, et que M. le Professeur Agrégé SANTY a bien voulu nous confier pour servir de base à ce travail, nous ont semblé très démonstratives à cet égard.

Les recherches que nous avons entreprises nous ont permis de recueillir un certain nombre de cas voisins des deux précédents, et l'on peut, comme M. SANTY le faisait justement remarquer, individualiser parmi les formes cliniques de l'iléus biliaire une véritable forme pseudo-néoplasique qui n'a pas encore été nettement envisagée dans les traités classiques. MONDOR, dans son ouvrage récent, semble lui conférer une véritable autonomie parmi les nombreux aspects cliniques de l'iléus biliaire, mais aucun travail d'ensemble ne s'est attaché à en préciser l'allure clinique, les difficultés de diagnostic qu'elle soulève, et les considérations thérapeutiques qu'elle entraîne.

Il est un point particulier qu'il importe de préciser; nous n'avons pas cru devoir retenir dans cette étude les cas où le calcul arrêté dans la région pylorique avait pu faire croire à une sténose par cancer. Ces faits sont trop spéciaux pour pouvoir être rapprochés de ceux que nous envisageons, et la forme pseudo-néoplasique que nous décrivons est due à des calculs biliaires arrêtés dans les parties relativement basses de l'intestin, et ayant surtout une évolution clinique suffisamment particulière pour qu'on puisse en tenter une synthèse.

CHAPITRE PREMIER

Etiologie

1° FRÉQUENCE

L'iléus biliaire est une complication assez peu fréquente de la lithiase et fut considéré même pendant assez longtemps comme une véritable rareté.

HERMANN, en 1904 (Inaug. Dissert., Iéna), pouvait en réunir 249 cas. DARAGNEZ (Th., Bordeaux, 1922) arrivait à un total de 393 observations publiées.

Il est vrai que, ces dernières années, on a vu publier assez fréquemment dans les Sociétés de Chirurgie de Lyon ou de Paris, des cas isolés qui montrent, d'une part, que cette complication n'est peut-être pas si exceptionnelle qu'on le pensait autrefois et, d'autre part, l'intérêt qu'elle suscite toujours auprès des chirurgiens.

Il n'en reste pas moins vrai que, par rapport aux autres causes d'occlusion intestinale, l'iléus biliaire n'occupe qu'une place assez restreinte. Les statistiques ne sont pas, il est vrai, très concordantes sur ce

point, et varient dans des proportions assez notables.

C'est ainsi que :

FITZ relève 23 cas d'iléus biliaire sur 245 occlusions, soit 1 p. 13.

GIBSON, 40 cas sur 696 occlusions, soit 1 p. 28.

BARNARD, 8 cas sur 360 occlusions, soit 1 p. 45.

Il faut tenir compte, pour comprendre cette divergence assez notable des statistiques, de l'inévitable loi des séries. C'est ainsi que M. SANTY, en l'espace d'une année, eut l'occasion d'observer quatre cas d'iléus biliaire, dont les deux derniers sont rapportés dans ce travail. Par conséquent, la fréquence relative de l'iléus biliaire parmi les autres causes d'occlusion, doit être interprétée avec prudence et ne saurait avoir qu'un intérêt théorique.

Quant à la fréquence des formes pseudo-néoplasiques de l'iléus biliaire, elle est également difficile à apprécier exactement. En effet, beaucoup d'observations publiées ne contiennent que peu de renseignements sur la symptomatologie présentée par le malade ; peu d'auteurs mentionnent le diagnostic qui avait été porté avant l'intervention, et parmi les très nombreux cas d'iléus biliaire opérés avec le diagnostic d'occlusion de cause indéterminée, il est fort probable qu'un certain nombre d'entre eux rentreraient dans le cadre de cette étude. Sur les quatre observations de M. SANTY publiées à la Société de Chirurgie de Lyon, en 1928 et 1929, deux sont des exemples typiques de cette forme pseudo-néoplasique.

Nous ne rapportons à la fin de ce travail que dix observations parmi les très nombreuses que nous

avons parcourues, car nous avons systématiquement éliminé tous les cas douteux pour ne retenir que les observations où le diagnostic clinique de néoplasme avait été posé avant l'intervention.

2° SEXE

La lithiase biliaire étant beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme, il n'est pas surprenant que l'iléus biliaire s'observe surtout dans le sexe féminin ; c'est ainsi que DARAGNEZ, sur 138 cas, trouve 126 femmes et 32 hommes. Il en est de même pour les formes pseudo-néoplasiques que nous étudions ici. Les dix cas que nous avons réunis répondent à cette règle générale, puisque huit concernent des femmes et deux seulement des hommes.

3° AGE

La notion d'âge a également une grosse importance pratique, tant au point de vue du diagnostic que du pronostic, car il s'agit presque toujours de gens âgés. WEGELER, PEACOCK ont rapporté des cas d'iléus biliaire survenus chez des individus âgés de 18 et 27 ans ; mais ceci est tout à fait exceptionnel et l'on peut dire que le maximum de fréquence établi d'après de nombreuses statistiques oscille entre 55 et 60 ans.

En ce qui concerne la forme pseudo-néoplasique, il semble qu'elle survienne de préférence chez des gens encore plus âgés. En effet, sur les dix observations que nous rapportons, trois concernent des gens de 50 à 60 ans, et six des sujets de 60 à 70 ans ; dans une observation l'âge n'est pas précisé. Il semble donc

que ces formes pseudo-néoplasiques soient l'apanage d'individus d'un âge avancé.

On conçoit facilement que le seul fait de voir survenir chez une femme âgée une occlusion intestinale éveille l'idée d'un néoplasme possible, et pour peu que la scène clinique soit en faveur de cette hypothèse, l'erreur de diagnostic est à peu près fatale.

4° ANTÉCÉDENTS

L'iléus biliaire, bien que cela puisse sembler surprenant, est souvent la première manifestation d'une lithiase biliaire restée jusque-là latente. L'interrogatoire n'arrive pas à arracher de la mémoire de ces malades le souvenir d'épisodes douloureux pouvant être interprétés comme des coliques hépatiques plus ou moins frustes.

Ces antécédents se retrouveraient avec plus ou moins de netteté dans 18 % des cas, d'après ROBINEAU, dans un tiers des cas, d'après BONNECAZE et LE CHAUX.

Il est d'ailleurs curieux, au premier abord, que le moment du passage du calcul biliaire dans la cavité intestinale ne soit pas marqué par un épisode aigu ayant retenu l'attention du sujet. M. PAVIOR a donné une explication de ces faits en apparence déroutants : « Les signes antérieurs de lithiase biliaire sont très minimes dans les antécédents de ces malades, parce qu'il s'agit de gros calculs lentement formés dans une vésicule qui n'est pas très altérée. Si les calculs étaient multiples et de petit volume, il semble qu'ils donneraient plus facilement un syndrome de cholécystite calculieuse et surtout des crises de tentative de cheminement plus fréquentes. » (Soc. Méd. des Hôp. de Lyon, 28 oct. 1930.)

CHAPITRE II

Anatomie pathologique

Bien que les formes pseudo-néoplasiques de l'iléus biliaire ne se caractérisent pas par un syndrome anatomo-pathologique bien particulier, nous pensons qu'il est utile de rappeler les principales lésions que l'on peut rencontrer dans ces cas, ainsi que dans les formes classiques actuellement bien étudiées.

1° LE CALCUL

La cause de l'iléus biliaire réside dans la présence d'un calcul arrêté en un point quelconque du tube digestif, et le plus souvent unique. Cependant il ne faut pas oublier la possibilité de calculs multiples et lorsqu'à l'intervention on découvre un premier calcul présentant des facettes, il est indispensable de pousser l'investigation plus loin, et de rechercher d'autres calculs qui peuvent siéger à une certaine distance.

Dans les formes pseudo-néoplasiques, il existait toujours un calcul unique, mais cette règle ne doit pas être considérée comme absolue.

Le volume du calcul est essentiellement variable. Dans tous les travaux, on cite comme rareté certains cas où le calcul présentait un volume énorme ; c'est ainsi que dans l'observation de VILLAR, le calcul pesait 35 grammes. GROS et BOURDON ont rencontré un calcul biliaire pesant 62 grammes et ayant 19 centimètres de circonférence.

Dans les formes pseudo-néoplasiques, le volume du calcul est en général assez important. Dans plusieurs observations, on le compare à une grosse noix, ou même à un petit œuf de poule, et dans les cas plus précis, on trouve des calculs biliaires pesant 23 grammes (BOURDE) et 27 grammes (TOURNEUX).

La constitution du calcul biliaire dans ces cas répond à ce qu'il est classique d'observer ; ils sont constitués avant tout par un amalgame de pigments biliaires et de cholestérine, mais le fait principal qui traduit un séjour prolongé dans l'intestin est qu'on les trouve entourés de substances calcaires disposées en couches concentriques. Ceci indique nettement qu'il y a eu accroissement progressif du calcul aux dépens des sels intestinaux, surtout si le calcul est resté fixé pendant une longue période en un point déterminé de l'intestin.

2° SIÈGE DE L'OCCLUSION

En dépouillant les observations de formes pseudo-néoplasiques, que nous rapportons à la fin de ce travail, on voit que l'arrêt du calcul biliaire s'est fait :

- 7 fois à la partie terminale de l'iléon,
- 1 fois dans l'appendice,
- 1 fois dans le côlon transverse,

Dans un cas, le calcul a été expulsé naturellement et le siège de l'occlusion n'a pu être ainsi précisé.

Cette petite statistique répond donc aux règles classiques, car tous les auteurs ont noté la fréquence particulière du siège de l'occlusion à la partie terminale de l'intestion grêle. C'est ainsi que COURVOISIER a rapporté :

65 %	de cas où le calcul	siégeait dans l'iléon,
21 %	—	— siégeait dans le duodénum,
10 %	—	— était arrêté à la valvule iléo-cœcale,
2 %	—	— siégeait dans l'S iliaque.

D'autre part, l'arrêt du calcul dans l'appendice, comme nous l'avons rencontré une fois (SANTY et HEITZ) est tout à fait rare. DARAIGNEZ en cite un cas sur 168 observations examinées.

BASSET (Soc. de Chir., 3 juin 1931) vient d'en rapporter un nouvel exemple.

Ce siège anormal permet de comprendre que les accidents d'occlusion soient très peu marqués, et que la scène clinique soit vraiment très particulière.

3° VOIES DE PASSAGE DU CALCUL.

A ce point de vue, les formes pseudo-néoplasiques de l'iléus biliaire ne présentent rien de particulier ; elles suivent la règle classique qui veut que le calcul passe le plus souvent par une voie anormale de la vésicule dans la cavité intestinale. C'est le plus fréquemment le fond de la vésicule qui vient adhérer à la première portion du duodénum et c'est à ce niveau qu'une fistule cholécysto-duodénale va s'établir,

Comme il s'agit ordinairement de calculs d'un certain volume, il est très rare que ceux-ci empruntent les voies biliaires normales pour s'échapper dans la cavité intestinale.

4° LÉSIONS DE L'INTESTIN

A l'intervention, ce qui frappe tout d'abord, c'est la différence de calibre de l'intestin au-dessus et au-dessous du point où le calcul biliaire s'est fixé. La portion intestinale sus-jacente présente des lésions plus ou moins accentuées de ses parois auxquelles on a tendance à attacher depuis quelque temps une très grosse importance.

Récemment, VALKEVITCH (Th. de Lyon, 1931), à propos de trois observations de M. GUILLEMINET, insistait sur le rôle indéniable de ces lésions intestinales dans le pronostic de l'iléus biliaire, et sur les conséquences thérapeutiques qu'elles doivent entraîner.

Souvent les parois intestinales sont amincies, rouges, présentant des marbrures et des zones ecchymotiques. Lorsque le calcul est fixé depuis un certain temps, une réaction inflammatoire se produit autour de l'anse intestinale et il n'est pas rare de voir des fausses membranes, des adhérences fixer l'anse malade à l'intestin voisin.

Du côté de la muqueuse, on note assez souvent la présence d'ulcérations qui se produisent en regard du calcul, donnant à toute cette portion de l'intestin un aspect plus ou moins sphacélique. Si ces lésions sont encore plus accentuées, elles peuvent arriver à provoquer une perforation de l'anse intestinale. C'est

ainsi que dans une observation de J. QUENU, il existait une perforation au niveau du bord mésentérique de l'anse. Dans un cas de M. SANTY, la perforation intestinale avait abouti à une péritonite ankystée avec abcès.

Il existe enfin des lésions d'apparence plus chronique qui ont nécessité sûrement un assez long temps pour s'établir ; nous voulons parler des sténoses inflammatoires que l'on peut rencontrer en pareil cas. A ce propos, les lésions constatées par GUEULLETTE, dans un cas rapporté à la Soc. de Chir. du 23 nov. 1929, sont tout à fait curieuses : « On est conduit sur un rétrécissement de l'intestin siégeant à 30 cm. environ de la valvule Bauhin. Sur une anse absolument libre de toute adhérence, à environ 13 cm. en aval, on trouve un deuxième rétrécissement semblant plus serré que le premier, en ficelle. Le segment d'intestin intermédiaire est dilaté ; sa paroi est très épaissie. Il contient deux corps étrangers (calculs biliaires) durs, mobiles, facilement perceptibles par la palpation.

Dans les formes pseudo-néoplasiques, les lésions les plus diverses peuvent être observées. Il n'y a aucun parallélisme entre l'intensité des lésions intestinales constatées et l'allure plus ou moins aiguë des accidents occlusifs. En effet, le volume du calcul et surtout le rôle du spasme surajouté entrent en ligne de compte pour expliquer la plus ou moins grande acuité de la scène clinique.

CHAPITRE III

Etude clinique

Symptômes classiques de l'iléus biliaire

Il est bien difficile de donner une description schématique de l'iléus biliaire au point de vue clinique. C'est une affection essentiellement variable dans ses manifestations et dans le groupement de ses symptômes, et il n'existe, pour ainsi dire, que des formes cliniques plus ou moins voisines les unes des autres, plus ou moins fréquentes, et liées essentiellement au point du tractus digestif où se trouve arrêté le calcul.

Le plus souvent, on assiste au tableau d'une occlusion intestinale à marche relativement lente ; l'occlusion aiguë qui est l'aboutissant de ces premiers troubles ne survient en général qu'après quelques jours, huit à quinze en moyenne, pour BONNECAZE et LE CHAUX.

Habituellement, l'iléus biliaire passe par deux périodes assez distinctes : une première phase caracté-

risée par des troubles divers et de petites crises de sub-occlusion. Une deuxième phase d'occlusion intestinale nette. Ces deux périodes pouvant se suivre à un intervalle plus ou moins rapproché.

En reprenant les différents symptômes observés au cours de l'iléus biliaire, on peut essayer d'en préciser la valeur et de voir l'importance qu'on est en droit de leur attacher au point de vue du diagnostic.

PREMIÈRE PHASE : *Prodromes*

Si l'on a la chance d'examiner le malade à cette période, on peut recueillir des renseignements précieux de l'examen physique et de la scène fonctionnelle à laquelle on assiste. Mais surtout, si l'on pense un instant à la possibilité d'un iléus biliaire, il faut procéder à un interrogatoire extrêmement soigneux, car la notion d'antécédents lithiasiques chez ces malades est d'une importance capitale.

Si l'on attend la phase d'occlusion aiguë qui va succéder plus ou moins rapidement à cette période de sub-obstruction, les événements vont se précipiter et emporteront la décision opératoire avant qu'un interrogatoire et un examen minutieux aient permis de découvrir la cause précise de l'occlusion.

1° ANTÉCÉDENTS :

Souvent, nous l'avons dit, le passage du calcul de la vésicule dans la cavité intestinale par une fistule cholécysto-duodénale habituellement, se fait à bas brut, et n'est marqué que par quelques troubles

dont les malades ont souvent perdu le souvenir. Mais des antécédents lithiasiques plus lointains doivent être recherchés et MONDOR dit avec raison que si l'interrogatoire est minutieux, on arrive, plus fréquemment que les classiques ne le disent, à retrouver la trace dans le passé du malade d'accidents lithiasiques frustes qui seront un appoint précieux pour le diagnostic.

BRÉMONT (Th. Paris, 1929), sur 25 observations, trouve 14 fois des antécédents nets, 6 fois des antécédents moins nets, et 3 fois seulement des antécédents nuls.

Il est rare que le malade ait eu des coliques hépatiques franches. Le plus souvent, s'il existe des troubles douloureux, c'est dans le cadre des crises gastro-vésiculaires décrites par ENRIQUEZ qu'on doit les ranger. En effet, ce sont souvent des malades qui ont eu des troubles digestifs, douleurs tardives dans l'hypochondre droit, avec irradiations scapulaires parfois. Dans d'autres cas, ils ont pu présenter simplement des douleurs sourdes dans la région sous-hépatique, accompagnées de sensations nauséuses, et sans caractères bien précis.

Il est rare qu'un épisode très aigu puisse être interprété comme la signature du passage du calcul dans le tube digestif.

2° EXPULSION NATURELLE DE CALCULS :

Dans certains cas, d'ailleurs exceptionnels, et dont LAMARE et LARGET ont rapporté un exemple récent, on peut assister à des vomissements contenant des calculs biliaires. Cet accident, au cours d'une occlu-

sion dont la nature était douteuse, prend une importance capitale.

3° CRISES RÉPÉTÉES DE SUB-OCCLUSION :

La migration du calcul dans l'intestin ne se fait pas toujours d'une façon silencieuse jusqu'à son arrêt en un point fixe du tube digestif. L'élément spasmodique entre en jeu pour provoquer et exagérer les troubles du transit intestinal que le volume du calcul ne justifierait pas toujours.

Parfois, après un début assez brutal, marqué par des douleurs et des vomissements, une accalmie relative se produit et la phase de sub-occlusion s'installe qui va pouvoir durer des jours et même des semaines. La malade voit ses douleurs diminuer; elle conserve un certain état nauséux, un peu de sensibilité abdominale, et cette phase est surtout marquée par des troubles du transit intestinal consistant en constipation opiniâtre, ou en alternatives de constipation et de débâcles diarrhéiques.

4° SYMPTÔMES EXCEPTIONNELS :

KÖRTE a signalé la possibilité d'hémorragies intestinales souvent très minimes au cours de cette période de l'iléus biliaire. C'est un symptôme très rare qu'on ne rencontre dans aucune observation récente.

De même, pour CHAUFFARD, il se produirait parfois au moment où le calcul fait irruption dans la cavité intestinale un vidage brusque et massif de l'intestin. Aucune autre observation ne fait mention de ce symptôme.

5° RADIOGRAPHIE :

Si les signes précédents et l'existence d'antécédents lithiasiques font penser à un iléus biliaire, on ne négligera pas de pratiquer une radiographie qui permettra, dans certains cas, d'affirmer le diagnostic. C'est une méthode encore récente, et qui n'est positive que dans un certain nombre de cas, mais dont les observations de MONDOR, de DUBOUCHER et TILLIER ont montré toute la valeur.

DEUXIÈME PHASE : *Occlusion confirmée*

Le plus souvent, l'arrêt du calcul à la fin de l'intestin grêle et sa fixité en ce point entraînent à un moment donné le déclenchement d'accidents plus aigus qui ne rétrocedent pas, et l'on assiste alors au tableau d'une occlusion intestinale qu'il est souvent difficile de rapporter à sa véritable cause.

1° DOULEURS :

Les douleurs sont extrêmement variables dans leur intensité, quelquefois violentes, elles sont souvent aussi plus sournoises, plus diffuses également, présentant des exacerbations inattendues.

CHAUFFARD a observé des cas où la douleur « cheminait avec le calcul, se transférant de la fosse iliaque vers le côlon transverse, vers l'S iliaque, aboutissant à la sensation intra-rectale de corps étranger, et à l'expulsion avec douleur anale ». Ceci est exceptionnel ; généralement la douleur est à peu près fixe, siégeant habituellement dans la fosse iliaque droite.

2° VOMISSEMENTS :

A ce stade les vomissements ne manquent jamais ; souvent abondants, bilieux au début, ils ne tardent pas à devenir brunâtres, puis fécaloïdes ; ils apparaissent en général précocement, mais peuvent disparaître pendant un ou deux jours pour redevenir ensuite plus abondants qu'auparavant.

3° ARRÊT DES MATIÈRES ET DES GAZ :

L'arrêt des matières et des gaz est également très capriceux, réalisant ce que MONDOR a très justement appelé « l'occlusion par à-coup ». Ces rémissions trompeuses ne doivent pas entraîner trop d'optimisme de la part du clinicien qui les observe, et faire retarder une intervention qui, pour être salvatrice, doit être aussi précoce que possible.

4° EXAMEN DU MALADE :

Le météorisme abdominal ne manque pour ainsi dire jamais, mais il est presque toujours beaucoup moins accusé que dans les autres variétés d'occlusion. On arrive à percevoir sous la paroi abdominale, souvent épaisse de ces femmes âgées, un ballonnement intestinal modéré, segmentaire parfois, s'accompagnant rarement de la perception de mouvements péristaltiques.

Enfin, il existe un symptôme capital qui l'on peut avoir la chance de rencontrer dans quelques cas, c'est la découverte du calcul par le palper abdominal ou le toucher vaginal ou rectal. LERICHE et COTTE avaient déjà insisté sur ce point : « Le signe qui possède la plus grande valeur, disent-ils, c'est la brusque appa-

rition d'une tumeur dure, en un point quelconque de l'abdomen ; quand elle existe, c'est à son contact que vient finir le péristaltisme, et que peut exister au début le météorisme localisé ».

Dans ces dernières années, de nombreuses observations mentionnent ce symptôme capital qui a pu faire poser un diagnostic précis (POTHERAT, QUENU, GUIBAL, PRAT).

C'est souvent également le toucher vaginal ou rectal qui permettra de percevoir le corps étranger qu'on peut même mobiliser dans certains cas.

BÉRARD, GUILLEMIN, LAMARE et LARJET, COCHEZ ont senti nettement une tumeur très dure dont il n'a pas été toujours possible de préciser la nature. Cependant, si l'on constate ce signe chez une malade aux antécédents lithiasiques nets, on peut presque à coup sûr affirmer le diagnostic d'iléus biliaire.

TROISIÈME PHASE : *Evolution*

L'évolution et la terminaison des accidents observés sont des plus variables et sont influencées par de nombreux facteurs. Tout d'abord, par le siège même du calcul biliaire amenant une occlusion à marche plus ou moins rapide, et également par les réactions qu'entraîne la présence du calcul au niveau des parois intestinales et du péritoine voisin.

Quelquefois la guérison spontanée peut se voir par expulsion naturelle du calcul. Dans l'observation de TOURNEUX, citée à la fin de ce travail, c'est l'éventualité qui s'est produite. Mais cette élimination spon-

tanée du calcul est rare. On ne doit jamais compter sur elle, et c'est le plus souvent l'intervention qui vient mettre un terme aux accidents d'occlusion.

Suivant la plus ou moins grande rapidité de ceux-ci, on a pu individualiser d'assez nombreuses formes cliniques. Il existe :

a) Une forme suraiguë, très rare, dont la malade de NAUNYN, qui meurt en 30 heures, peut servir d'exemple.

b) Une forme aiguë où la période prodromique fait défaut. De suite après un début brutal, les accidents d'occlusion s'installent et progressent assez rapidement sans présenter les rémissions qui sont presque de règle dans les cas habituels.

c) Une forme subaiguë ou chronique, qui n'est que l'exagération de la forme habituelle que nous avons décrite.

d) Une forme en étages, caractérisée par des crises d'occlusion à répétition due aux arrêts successifs du calcul dans le tube digestif.

e) Une forme récidivante exceptionnelle. Le cas de WOHLAUER en est un bel exemple : il intervient chez une femme de 69 ans, et la guérit d'un iléus biliaire. Un an plus tard, il la réopère pour une nouvelle occlusion intestinale due encore à un calcul biliaire.

C'est à côté de ces formes cliniques qui sont maintenant à peu près classiques, et qui indiquent bien par leur nombre l'allure protéiforme que peut revêtir l'iléus biliaire, que l'on peut ranger les formes pseudo-néoplasiques dont nous allons essayer maintenant de préciser les principaux caractères,

Formes pseudo-néoplasiques de l'iléus biliaire .

C'est du point de vue clinique que l'on est en droit de décrire une forme pseudo-néoplasique de l'iléus biliaire. On est frappé en effet en relisant les observations publiées que dans un assez grand nombre de cas, on ait posé avant l'intervention le diagnostic de néoplasme intestinal. Cette erreur indique nettement que l'allure clinique de l'affection peut différer sensiblement de celle que l'on est habitué à rencontrer. Nous allons essayer de préciser la symptomatologie de cette forme si spéciale et de voir si quelques éléments cliniques permettent sinon d'affirmer le diagnostic d'iléus biliaire tout au moins de le soupçonner dans quelques cas.

HISTORIQUE

Les faits qui se rapportent à la forme clinique que nous étudions ne sont pas encore en très grand nombre. C'est ce qui explique que, jusqu'à présent, elle ait été seulement signalée par quelques auteurs sans que l'on se soit attaché à en donner une description bien complète.

La lenteur d'évolution de certaines formes d'iléus biliaire a déjà été mise en évidence : DARAIGNEZ signale une forme en étage se manifestant par des crises successives d'occlusion répondant à la migration d'un ou plusieurs calculs qui, au moment où ils s'arrêtent en un point du tube digestif, déclenchent les accidents. BONNECAZE et LE CHAUX individualisent une forme

prolongée qui serait due à l'arrêt du calcul dans le gros intestin et qui se manifesterait par une obstruction prolongée entrecoupée de rémission plus ou moins franche.

Il existe également des observations isolées où l'occlusion s'est prolongée pendant un temps très long : une malade de MORDRET (thèse PAPIN, Paris, 1913) mourut après six semaines d'obstruction. Celle de WILKINS (*British med.*, J. 1897) présenta des accidents occlusifs atténués pendant onze semaines.

C'est surtout MONDOR qui, dans son ouvrage récent sur les diagnostics urgents de l'abdomen, insiste sur les erreurs de diagnostic possibles avec un néoplasme. Il écrit que « si, au caractère traînant de la maladie et à l'apparence chronique de l'occlusion s'ajoute la perception d'une tumeur, on a les formes pseudo-néoplasiques ».

Nous croyons d'ailleurs que le cadre de ces formes pseudo-néoplasiques doit être un peu élargi car souvent, même en l'absence d'une tumeur perceptible, c'est l'idée d'un néoplasme intestinal qui guide l'intervention.

SYMPTOMATOLOGIE

Les observations que nous avons groupées à la fin de ce travail présentent entre elles des différences assez grandes au point de vue de leur allure clinique et sont plus ou moins démonstratives quant à l'individualisation possible d'une forme pseudo-néoplasique de l'iléus biliaire. Ce qui les rapproche c'est que toujours le diagnostic de néoplasme intestinal avait été porté

avant l'intervention et que celle-ci a dû souvent être modifiée dans son plan une fois les lésions reconnues.

Dans un cas on pensait à une tumeur bénigne de l'intestin grêle ; dans trois, à un néoplasme intestinal ; dans trois, à un néoplasme iléo-coecal ; dans trois, à un néoplasme du côlon ; dans un, à un néoplasme de l'anse sigmoïde.

Ce qui est le plus frappant dans ces formes, c'est l'allure chronique de l'affection, l'occlusion s'installant en général peu à peu, ayant été précédée d'une assez longue période pendant laquelle des troubles du transit intestinal avaient été déjà constatés.

Par conséquent, si nous reprenons la division adoptée dans le paragraphe précédent, nous allons voir des modifications importantes dans l'allure clinique de l'affection et dans l'étude de chaque symptôme pris en particulier.

PREMIÈRE PHASE : *Prodromes*

C'est la période principale de l'affection, peut-on dire, elle est particulièrement longue, évoluant insidieusement et aboutissant à un moment donné, sans grand fracas, à une occlusion intestinale aiguë qui fait décider l'intervention immédiate.

I. — ANTÉCÉDENTS

Dans la forme pseudo-néoplasique, les antécédents lithiasiques font toujours défaut, soit que l'interrogatoire minutieux n'ait pu les faire découvrir, soit que le clinicien n'ait pas poussé très loin dans ce sens ses investigations, ayant de prime abord l'idée d'un néo-

plasme, en présence d'un tel malade et ne songeant pas à la possibilité d'un iléus biliaire.

Parfois des antécédents particuliers viendront compliquer le problème, ainsi que dans l'observation curieuse de MM. SANTI et HEITZ : le fait que cette malade avait été amputée pour une tumeur maligne du pied orientait immédiatement l'esprit vers l'idée de métastases abdominales lorsqu'elle se plaignait de troubles digestifs.

II. — TROUBLES DIGESTIFS

Le plus souvent dans ces formes on ne saurait parler de crise de subocclusion comme dans les cas habituels d'ileus biliaires.

Les troubles digestifs ne revêtent pas cette netteté et pendant un temps assez long c'est un ensemble de troubles douloureux abdominaux peu intenses entrecoupé parfois d'une crise un peu plus aiguë avec vomissements qui constitue tout le tableau clinique. La période qui s'écoule entre le début des troubles abdominaux et le début des accidents occlusifs véritables est en général assez longue.

L'examen de nos observations plaide en faveur de cette manière de voir. Nous citons, il est vrai, des observations où les accidents semblent avoir débuté très brusquement, mais il est fort possible que l'interrogatoire en présence d'une malade en occlusion aiguë ait négligé de faire préciser toute la période précédente de troubles digestifs vagues dont la malade perd rapidement le souvenir lorsqu'elle voit survenir un jour des accidents beaucoup plus dramatiques.

Dans certaines observations détaillées on retrouve nettement cette longue phase de troubles digestifs précédents l'occlusion brusque : dans le cas de BONNECAZE et LE CHAUX les accidents durèrent quatre ans caractérisés par des périodes de constipation de plus en plus longues avec malaise général, coliques, accompagnées de douleurs péri-ombilicales et se terminant habituellement par des débâcles diarrhéiques. Dans le cas de DUPONCHEL la malade présenta pendant six mois des troubles digestifs vagues avec constipation chronique et amaigrissement.

Enfin dans les deux observations de MM. SANTY et HEITZ cette longue période prodromique est nettement précisée : dans un cas cette période dura trois mois et demi marquée il est vrai au début par un épisode assez aigu avec douleurs abdominales, vomissements, légère élévation de température si bien qu'un médecin pensa à cette époque à une crise appendiculaire. Puis pendant plus de trois mois les troubles digestifs évoluèrent à bas bruit avec quelque douleurs, de la constipation jusqu'au déclenchement des accidents occlusifs.

Dans l'autre cas, la malade se plaignait de crises douloureuses abdominales depuis seize ou dix-sept jours, en rapport probablement avec une lithiase biliaire à manifestation plus ou moins anormale et atténuée ; un an avant l'occlusion qui l'amena à l'hôpital ces troubles allèrent en s'accroissant sans qu'un examen complet pratiqué à cette époque put préciser la nature des troubles digestifs.

III. — SIGNES ACCESSOIRES

Dans la forme pseudo-néoplasiques, on aura assez souvent l'occasion d'examiner le malade à cette période de son affection ; ses troubles digestifs, pour peu qu'ils soient assez accentués, finissent par l'inquiéter ; et souvent il demandera un avis chirurgical à son sujet. Mais il faut bien dire que très rarement la possibilité d'un iléus biliaire viendra à l'esprit ; l'examen du malade est souvent à peu près négatif et aucune décision ne peut être prise jusqu'à l'apparition de signes évidents d'occlusion intestinale.

Souvent, chez de tels malades, l'examen radioscopique du tube digestif sera pratiqué et dans quelques cas pourra préciser un diagnostic jusque-là hésitant. Cependant il ne faut pas trop compter sur cet examen : dans un cas de MM. SANTY et HEITZ la malade avait été examinée à plusieurs reprises pendant cette période prémonitoire : la radioscopie n'avait rien révélé d'anormal. Dans l'observation de BONNECAZE et LE CHAUX l'examen radioscopique avait fait songer à un néoplasme de l'anse sigmoïde.

Cependant les cas de calculs biliaires découverts par la radiographie sont de plus en plus fréquents et cet examen ne doit jamais être négligé à cette phase de l'iléus biliaire, il faut savoir d'ailleurs qu'il exige certaines précautions pour acquérir toute sa valeur : il faut que le cliché soit pris de profil pour éviter l'ombre du sacrum, d'autre part, d'après DARAIGNEZ, pour être visible sur une radiographie un calcul biliaire doit contenir au moins 10 % de sels de chaux.

En résumé on peut dire que c'est par sa phase prodromique spéciale que la forme pseudo-néoplasique de l'ileus biliaire se caractérise avant tout : absence d'antécédents lithiasiques, troubles digestifs variés évoluant pendant une période assez longue, pauvreté des signes physiques, conduisent souvent à penser à un néoplasme intestinal si on examine les sujets à cette période.

DEUXIÈME PHASE : *Occlusion confirmée*

A cette période l'ileus biliaire à forme pseudo-néoplasique diffère peu des cas habituels. L'occlusion que l'on observe ne présente rien de très spécial ; le seul point particulier, c'est que l'occlusion est peut-être un peu moins aiguë que d'habitude ; elle est entrecoupée plus volontiers de rémissions trompeuses durant parfois un jour ou deux, retardant ainsi l'intervention ; souvent les vomissements sont moins abondants, l'état général moins touché.

Mais il est un signe particulièrement important, sur lequel il faut revenir : c'est la perception d'une tumeur. Nous avons déjà dit que la palpation abdominale ou le toucher vaginal avaient pu, dans quelques cas, faire poser le diagnostic d'ileus biliaire en permettant de découvrir une petite tumeur extrêmement dure, plus ou moins mobile, à contours arrondis, nets, ayant tous les caractères d'un corps étranger intra-intestinal.

Mais dans les formes pseudo-néoplasiques la longue évolution de l'affection permet à l'anse intestinale

contenant le calcul, de s'entourer d'adhérences qui fixent plus ou moins l'anse malade en un point de l'abdomen et qui modifient les sensations perçues par le clinicien. C'est ainsi que dans un cas de MM. SANTY et HERTZ la palpation révélait dans la fosse iliaque droite la présence d'une tuméfaction à contours peu précis qui fit penser à un néoplasme du cœcum.

D'ailleurs cet examen physique est le plus souvent négatif puisque l'observation précédente est la seule, parmi celles que nous avons recueillies, dans laquelle un tel symptôme est mentionné.

Evolution

Ces formes pseudo-néoplasiques évoluent plus lentement, avons-nous dit, que les formes habituelles de l'ileus biliaire. Il n'en est pas moins vrai qu'elles aboutissent fatalement à l'intervention en raison de l'occlusion aiguë qui finit par éclater ; et il est évident que plus l'intervention sera précoce, plus le malade aura de chances de guérir.

Dans l'observation de Tourneux, le malade ayant refusé l'opération, l'expulsion spontanée du calcul se fit au bout de quelques jours ; mais c'est une éventualité très rare et sur laquelle il ne faut compter en aucun cas, car elle risquerait de faire différer l'intervention et d'exposer à de graves mécomptes.

Observations

OBSERVATION I

(TUFFIER, *Société de Chirurgie*, 23 juillet 1902.)

Il s'agissait d'une femme âgée, sans passé biliaire, souffrant de symptômes d'obstruction intestinale sub-aiguë, presque chronique, et qui fut prise brusquement d'accidents d'occlusion aiguë. Je vis la malade 24 heures après.

La première idée qui me vint à l'esprit fut celle d'un néoplasme, et je pratiquais la laparotomie d'urgence.

Je trouvais l'intestin grêle très distendu, et dans le fond du petit bassin, une anse fortement adhérente et rétractée que j'eus beaucoup de peine à libérer et à amener en regard de la plaie abdominale. Je pus alors constater que cette anse contenait un corps cylindrique d'une dureté ligneuse, qui semblait faire partie intégrante de la paroi intestinale, tant celle-ci s'était rétractée sur lui. Cette rétraction était telle, et aussi la minceur de la paroi que cette dernière se fut certainement déchirée si, laissant l'anse en place dans le petit bassin, j'avais essayé de faire cheminer le calcul jusqu'au niveau de l'incision abdominale.

Etant donné ce mauvais aspect de la paroi intestinale, j'aurais dû faire la résection de toute la portion rétractée autour du calcul ; je ne l'osais point pour ne pas prolonger une intervention que l'état de la malade exigeait très courte, et je me contentais de faire une entérotomie suffisante pour me permettre d'extraire le calcul.

J'eus tort, car mon opérée succomba quelques jours après à une péritonite causée par le sphacèle de la portion d'intestin que je n'avais pas osé enlever.

OBSERVATION II

(MARION, *Société de Chirurgie*, 25 mai 1910.)

J'ai l'honneur de vous présenter un volumineux calcul biliaire (8 cm. de longueur sur 5 cm. de diamètre), extrait du côlon transverse.

La malade, femme de 70 ans, une de mes anciennes clientes, fut prise un jour brusquement de phénomènes d'occlusions pour lesquels je la fis transporter dans une maison de santé. Comme l'état général était bon, je conseillais des lavements électriques qui furent donnés par le docteur LACAILLE. Bien que les premiers n'aient rien fait l'état de la malade ne s'aggravait pas et, au 5^e lavement (il en était donné 3 par jour), la malade eut une débâcle formidable qui la débarrassa complètement.

Dans les jours qui suivirent, l'occlusion reparut moins sévère, mais comme il était net qu'une cause quelconque persistait, gênait le cours des matières, j'intervins .

Avec l'aide de M. HEITZ-BOYER, je pratiquais une laparotomie et, très rapidement, je découvris une masse dure dans le côlon transverse. Inutile de vous dire qu'avant l'opération, je pensais à un cancer, aussi, fus-je agréablement surpris en constatant qu'il s'agissait d'un calcul.

Comme la partie du côlon, fortement abaissé, où se trouvait le calcul était située dans le flanc gauche, je refermais rapidement l'incision médiane et fis une boutonnière latérale gauche. J'attirai la portion de l'intestin oblitéré en dehors du péritoine, suturai celui-ci autour de l'anse, sauf en haut où je plaçais un clamp pour éviter l'issue des matières, et mon intestin étant ainsi bien extériorisé, je l'incisais et pus extraire ce volumineux calcul. La plaie pariétale est suturée partiellement.

Les suites furent fort simples.

Aujourd'hui, 15^e jour après l'opération, il ne reste plus qu'une plaie insignifiante. La malade se promène.

Le calcul analysé est constitué par de la cholestérine. La malade n'avait jamais eu d'antécédent de lithiase biliaire.

OBSERVATION III

(CADENAT et THALHEIMER, *Société Anatomique*,
février 1922.)

Madame S..., 67 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 7 octobre parce qu'elle n'est pas allée à la selle depuis 4 jours, et éprouve de violentes douleurs dans l'abdomen.

Le 1^{er} octobre, elle a commencé à ressentir quelques douleurs abdominales, avec impossibilité d'aller à la selle. Le lendemain, mêmes phénomènes.

Le 3, garde-robe pénible constituée par des matières molles, non moulées ; depuis ce moment, ni selle, ni gaz.

Le 4 octobre, elle commence à vomir et son ventre, de plus en plus douloureux, surtout à droite et dans le creux épigastrique, se ballonne. On lui administre laxatif et purge sans résultat.

A l'examen, le 7 octobre, on constate un ballonnement surtout sous-ombilical, avec anse visible au-dessous et à gauche de l'ombilic, et animé de mouvements péristaltiques. A la palpation : ventre sensible et tendu. A la percussion : tympanisme surtout marqué à gauche de l'ombilic. Le cœcum ne semble pas distendu. Les touchers vaginal et rectal ne révèlent rien d'anormal. L'état général est bon. Teint coloré. Pouls à 92, bien frappé. Langue encore humide.

Le diagnostic d'iléus biliaire n'est pas fait, car la malade n'accuse ni coliques hépatiques, ni ictère. Ce n'est que plus tard, après l'opération, qu'on arrivera à recueillir les renseignements suivants : léger sub-ictère, en 1892, et douleurs intercostales droites, il y a 25 ans.

Intervention : le 7 octobre (Docteur CADENAT). Etant donné l'âge de la malade, on pense à un néoplasme colique, et on se propose de faire une typhlosomie.

Anesthésie locale : incision iliaque droite. Liquide citrin, peu abondant. Le cœcum n'est pas visible, mais des anses grêles distendues se présentent à côté d'anses grêles aplaties, donc l'obstacle siège sur le grêle. Fermeture en 3 plans.

Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Déroulement des anses grêles affaissées. On arrive à l'obstacle, siégeant à un mètre environ de l'angle iléo-coecal, et constitué par un calcul du volume d'une noix. L'anse qui contient le calcul est extériorisée, les anses sus-jacentes sont rentrées dans l'abdomen, et maintenues par suture incomplète de la paroi aux fils de bronze. Des clamps de protection sont placés. Deux fils de lin sont placés à chaque extrémité de la future incision. L'intestin est fendu longitudinalement sur 4 cm. Le calcul est énucléé et l'incision suturée en 2 plans au moyen des fils déjà placés. Fermeture par deux fils de bronze du reste de l'incision **pariétale**.

Suites opératoires : Pendant les premiers jours, le ventre reste ballonné, nécessitant des lavages d'estomac. L'état général fléchit le 5^e jour après l'opération et la mort survient au 7^e jour.

Autopsie : Anses grêles moyennement distendues. La suture qui siège à un mètre de l'angle iléo-coecal a parfaitement tenu. A ce niveau : l'anse est coudée. La vésicule très rétractée adhère intimement au duodénum. Il existe une communication admettant l'extrémité du doigt entre la face inférieure de la vésicule et la face supérieure du duodénum à 1 cm. du pylore.

La vésicule est très atrophiée et ne contient pas d'autre calcul.

OBSERVATION IV

(BONNECAZE et LE CHAUX,

Arch. des Maladies de l'App. digest. et Nut.,
1924, p. 213.)

Le 16 novembre 1923, Mme S..., âgée de 56 ans, entre dans le service de M. GRÉGOIRE, pour arrêt absolu des matières et des gaz. Syndrome occlusif dont elle souffre depuis 15 jours.

Voici 4 ans que la malade est sujette à des périodes de constipation de plus en plus longues, s'accompagnant d'un certain degré de malaise avec des coliques sourdes, suivies de débâcles diarrhéiques plus ou moins sanglantes. En même temps que commence la constipation, apparaissent des douleurs violentes, limitées à la région péri-ombilicale, comparables à des coliques atteignant rapidement leur maximum d'intensité douloureuse, et qui cessent avec l'émission des gaz.

Depuis 15 jours, constipation opiniâtre, arrêt absolu des matières et des gaz, pas de vomissements, quelques nausées. Les douleurs à siège péri-ombilical augmentent. L'état général s'aggrave et la malade entre à l'Hôpital.

L'examen donne les renseignements suivants : état général relativement peu altéré ; le ventre est énorme, non seulement du fait de la distension intestinal, mais aussi du fait d'un pannicule adipeux extrêmement épais, qui rend tout examen très difficile. Il est douloureux, sans localisation précise. La palpation ne donne

aucun renseignement. La percussion donne un certain degré de météorisme. Le toucher rectal est négatif.

L'examen radioscopique fait penser à un néoplasme de l'anse sigmoïde. Le lait bismuthé s'arrête à ce niveau, toutes réserves étant cependant faites, car l'anus est incontinent et une partie du lait ressort.

Dans les antécédents : absolument rien, aucune affection pathologique, aucune crise douloureuse.

En somme, tout se résume à ceci : syndrome d'occlusion dont le début pourrait remonter à 4 ans, avec accidents aigus depuis 15 jours.

Dans la nuit du 15 au 16 novembre, la malade a des vomissements fécaloïdes ; le vendredi 16 : on décide d'intervenir d'urgence, bien que, vers 9 heures du matin, elle ait eu des gaz et une selle diarrhéique.

Intervention : Anesthésie au Schleich : les données de l'examen radiologique servant de base, on pratique une incision dans la fosse iliaque gauche, dans le but d'établir un anus iliaque. Le côlon iliaque, le côlon descendant, sont normaux, aplatis, non distendus. Il n'y a rien sur tout le côlon gauche.

On décide une laparotomie médiane. Le grêle apparaît aussitôt, rouge, très distendu, l'exploration systématique de l'abdomen permet de sentir dans l'hypocondre droit une masse diffuse, dure, peu régulière, et au-dessous d'elle, dans la fosse iliaque droite, une masse arrondie, très dure, très régulière, et parfaitement mobile.

On l'attire, on l'extériorise ; c'est une anse grêle contenant un calcul biliaire de la grosseur d'un petit œuf de poule. Entérotomie. Extraction du calcul. En-

térorraphie à deux plans. Isolement de l'anse par des compresses. Fermeture partielle de la paroi abdominale.

Le samedi matin, 17 novembre, à 6 heures, la malade meurt.

Autopsie : permet de constater :

- 1° Une distension énorme des anses grêles ;
- 2° L'étanchéité parfaite de la suture intestinale ;

3° Une masse énorme, très dure, englobant au niveau de l'angle sous-hépatique du côlon, la vésicule biliaire et les deux premières portions du duodénum. Des adhérences anciennes très serrées unissent ces organes. La dissection de la pièce enlevée montre la présence d'une large fistule cholécysto-duodénale, admettant le pouce à l'autopsie. Elle siège dans le tiers supérieur de la deuxième portion du duodénum ;

4° La présence de 3 autres calculs biliaires siégeant sur le grêle à des distances variées. Le calcul découvert au cours de l'intervention siégeait à un mètre de la valvule iléo-cœcale ; à la partie moyenne du grêle, un autre gros calcul de la taille d'une petite noix est enclavé dans l'intestin et détermine une seconde occlusion. Entre ces deux gros calculs, un plus petit de la taille d'une noisette, et enfin, dans la deuxième portion du duodénum, un quatrième calcul plus petit, celui-ci libre dans la cavité duodénale.

L'examen des calculs permet d'établir qu'ils sont le résultat de la segmentation d'un énorme calcul vésiculaire.

OBSERVATION V

(TOURNEUX, *Soc. de Méd. et de Chir. de Toulouse*,
décembre 1926.)

Il s'agit d'un homme âgé de 53 ans, sans antécédents particulier, hospitalisé pour troubles abdominaux, et qui, après un court séjour dans un service de médecine, fut évacué sur un service de chirurgie avec le diagnostic de tumeur intestinale.

Des examens cliniques et radiographiques ayant montré qu'il s'agissait d'une occlusion incomplète du grêle par un obstacle siégeant dans la lumière de l'intestin, on pensa, devant l'absence de tout symptôme d'ordre lithiasique, qu'on avait affaire à une tumeur (adénome pédiculé).

Le malade refusa l'intervention chirurgicale qui lui fut proposée, et préféra rentrer chez lui où, quelques jours plus tard, il expulsa par les voies naturelles un gros calcul biliaire du poids de 27 grammes et mesurant 6 cm. de long.

Comme le malade n'avait jamais accusé aucune espèce de phénomènes douloureux dans la région hépatique, il n'a pu s'agir dans ce cas que d'une migration anormale à la suite d'une cholécysto-entérostomie spontanée ayant évolué tout à fait insidieusement.

OBSERVATION VI

(SANTY et HEITZ, *Société de Chirurgie de Lyon*,
7 mars 1929.)

Femme de 60 ans, examinée la première fois le 6 septembre 1927.

Depuis 16 ou 17 ans, la malade accusait de temps à autre des douleurs abdominales survenant par crises souvent très vives, qu'elle comparait à des coliques siégeant surtout du côté droit, et que des applications chaudes sur l'abdomen arrivaient à calmer. Jamais de vomissements. Pas de température. Pas d'hémorragie intestinale. Ces crises étaient assez espacées, mais, peu à peu, s'accompagnèrent de troubles digestifs qui arrivèrent à l'inquiéter : digestions pénibles, nausées, sensations de ballonnement après les repas.

Au cours de l'examen de cette malade, en 1927, l'attention fut attirée par une tumeur du pied gauche. On pratiqua, sous rachi-anesthésie, une amputation de SYME. La tumeur dont il s'agissait était un sarcome ostéoïde.

On fit à la même époque un examen radioscopique du tube digestif qui ne révéla rien de particulier : estomac normal, gros intestin un peu ptosé, sans anomalie.

La malade sortit de l'Hôpital, sans que l'on put nettement préciser la nature de ses troubles digestifs.

Des crises abdominales peu intenses et assez espacées s'échelonnèrent dans les mois qui suivirent, mais le 27 novembre 1928, la malade entra à nouveau à l'Hôpital pour des phénomènes plus aigus.

Depuis 8 jours, elle a été reprise de douleurs beaucoup plus intenses survenant sans horaire fixe. Les crises durent une heure environ, parfois atroces, nécessitant une injection de morphine.

La localisation de la douleur est peu nette, semblant plus accusée au niveau de l'épigastre, mais

diffusant cependant à tout l'abdomen. Pendant la crise, la malade perçoit des gargouillements qui s'accompagnent d'exacerbation de la douleur.

A l'examen : la palpation est douloureuse, surtout au niveau de l'ombilic et de la région épigastrique. Pas d'ondes pérylstatiques. Pas d'arrêt des matières et des gaz, mais la malade présente habituellement de la constipation.

Le fait que cette malade avait été amputée pour une tumeur maligne du pied orientait immédiatement l'esprit vers l'idée de métastase abdominale. En dehors de cette coïncidence, les symptômes observés et minutieusement analysés revêtaient absolument le tableau d'un néoplasme digestif et ne purent, à aucun moment, faire penser à un iléus biliaire.

Intervention : le 30 novembre 1928. Anesthésie générale au Schleich. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On découvre une anse grêle paraissant appartenir au tiers inférieur de l'iléon, d'aspect très modifié. La paroi intestinale est très épaissie, rigide et cartonnée, et, en un point, d'aspect pseudo-néoplasique. Il existe, en effet, à ce niveau, une tuméfaction ligneuse, recouverte d'un péritoine blanchâtre, d'un volume total comparable à celui d'une mandarine, au niveau duquel le mésentère est également épaissi et induré sur l'étendue d'une grande paume de main.

En explorant l'intestin, on constate l'existence en amont de la tumeur d'un très volumineux corps étranger mobile qui, enlevé par entérotomie est un calcul biliaire du volume d'une grosse noix, dont l'aspect semble modifié par un long séjour dans l'intestin. On

ferme l'entérotomie et on fait une anastomose latéro-latérale au bouton de Jaboulay, entre les deux pieds de l'anse.

Il n'existait que très peu de liquide dans le grêle en amont des lésions.

Les suites opératoires ne furent marquées par aucun incident et la malade quittait le service au bout de 20 jours complètement guérie.

OBSERVATION VII

(SANTY et HEITZ, *Société de Chirurgie de Lyon*,
7 mars 1929.)

Il s'agit d'un homme de 62 ans, entré à l'Hôpital de la Croix-Rousse, dans le service du Docteur SANTY, le 19 juillet 1928. On ne relève chez ce malade aucuns antécédents pathologiques, sauf une crise de rhumatismes articulaires aiguë, mais rien dans l'interrogatoire ne peut faire soupçonner une affection lithiasique antérieure.

C'est au début d'avril, 3 mois 1/2 avant son entrée à l'Hôpital que les premiers troubles abdominaux firent leur apparition. A ce moment, en effet, il y eut un épisode assez aigu : un jour, brusquement, le malade ressentit des douleurs abdominales violentes, accompagnées de quelques vomissements ; la douleur semblait, d'après les dires du malade, siéger plus particulièrement dans la fosse iliaque droite ; en même temps il existait un état saburral des voies digestives, de la constipation, une élévation légère de la tempé-

rature qui ne dépassa pas 38°, et un médecin pensa à cette époque à une crise d'appendicite.

Depuis cette date, le malade ressentit de temps à autre quelques douleurs abdominales peu intenses d'ailleurs, survenant sans horaire fixe, mais plus diffuses que lors de la première crise. Elles ne s'accompagnèrent plus de vomissements, et le malade ne présenta jamais d'arrêt des matières et des gaz.

L'état général est resté assez satisfaisant, il n'a jamais eu d'hémorragie intestinale, mais la persistance des douleurs finit par l'inquiéter et le décide à entrer à l'Hôpital.

A son entrée, on constate que l'abdomen est souple, non ballonné, mais on perçoit dans la fosse iliaque droite, au niveau de la région appendiculaire, une masse assez dure, irrégulière, peu volumineuse, et peu douloureuse, semblant assez fixée. L'idée première est qu'il s'agit d'une tumeur du cœcum ; mais l'épisode aigu d'il y a 3 mois permet aussi de croire à une séquelle épiploïque d'appendicite aiguë.

Intervention : le 20 juillet 1928 : Anesthésie générale au Schleich ; incision de Mac Boney basse. On tombe sur une masse inflammatoire assez volumineuse, occupant le fond du cœcum et le fixant au niveau du détroit supérieur. Le côlon transverse et l'S iliaque sont en contact des lésions.

Au cours des manœuvres de libération, le fond du cœcum s'isole du restant de la masse, et on aperçoit une cavité dans laquelle se trouve un calcul biliaire à facettes du volume d'un gros noyau d'abricot. La cavité est constituée par la lumière appendiculaire

démésurément dilatée. L'appendice a été amputée à sa base et descend verticalement, plaqué dans le petit bassin au devant de la symphyse sacro-iliaque.

Ablation de cet énorme appendice en sous-séreusé. Enfouissement de son implantation cœcale. Drain au contact et fermeture.

Les suites opératoires furent très simples, à part quelques phénomènes pulmonaires sans gravité, et le malade sortit guéri le 10 août, 20 jours après son opération.

OBSERVATION VIII

(SAUVE, *Société de Chirurgie*, 13 novembre 1929.)

Il s'agissait d'une femme d'environ 50 ans, et chez laquelle le diagnostic d'appendicite sub-aiguë avait été posé par le médecin. Effectivement, elle souffrait dans la fosse iliaque droite, avait eu un vomissement, et présentait un peu de température. Néanmoins, l'allure de la maladie, qui évoluait depuis une quinzaine de jours, avec des alternatives de constipation et de débâcles diarrhéiques, me fit pencher vers une sub-occlusion chronique. Rien dans le passé de cette malade ne pouvait faire penser à une affection vésiculaire.

Devant la persistance de la température, malgré le traitement classique, j'intervins par laparotomie latérale, pensant à un néoplasme de l'angle iléo-cœcal. Je ne trouvais rien à ce niveau. L'appendice, un peu rouge fut enlevé. Plus en dedans, je trouvais une

masse épiploïque, adhérente, du volume d'une orange, et la réséquais.

Je ne trouvais rien d'autre et allais refermer le ventre, quand j'aperçus sur le grêle, à 20 cm. du cœcum, une tuméfaction arrondie. Je la palpais, constatais sa consistance pierreuse et sa mobilité, et l'enlevait par entérotomie. L'intestin n'était pas dilaté en amont, mais en aval, existait une diminution circulaire du calibre. Je refermais par 3 plans de suture intestinale.

Les suites ne furent pas simples. Une fistule intestinale se forma, qui finit par guérir en 6 semaines.

Le calcul était de la taille d'une grosse noix et l'examen montra qu'il s'agissait bien d'un calcul biliaire.

OBSERVATION IX

(BOURDE, *Thèse* BREMONT, Paris, 1929.)

Mme A..., 64 ans, entre le 2 octobre 1923 dans le service du Docteur SILHOL, à l'Hôtel-Dieu, avec le diagnostic vague de douleurs abdominales.

Cinq jours auparavant, dans la nuit, elle a été prise de douleurs abdominales violentes, véritables sensations de déchirures, siégeant dans tout l'abdomen, et accompagnées de quelques vomissements. Elle est amenée à l'Hôpital à 4 heures du soir. Les douleurs n'ont pas reparu depuis le début des accidents, et il n'y a pas eu de vomissements, mais la constipation est absolue et un lavement ne ramène que quelques débris de matières.

Le 3 octobre, nous trouvons une femme au ventre distendu, pointant vers l'ombilic, plutôt étalé transversalement. Etat général bon. On pense à un cancer du gros intestin.

A l'intervention, on trouve un gros calcul pesant 23 grammes, dans l'intestin grêle, à 80 cm. de la valvule de BAUHIN.

Décès 30 heures après l'opération.

Dans les antécédents de la malade, on ne trouvait aucun signe de lithiase, ni ictère ni coliques.

OBSERVATION X

(DUFONCHEL, *Société de Chirurgie*, 9 avril 1930.)

Il s'agit d'une femme de 60 ans près de laquelle je suis appelé le 12 juillet 1927. Le médecin traitant me raconte qu'il voit la malade depuis 6 mois. Il l'a soignée d'abord pour une grippe banale, puis pour des troubles digestifs vagues avec constipation chronique et amaigrissement.

Depuis 3 jours, elle ne va plus à la selle ; depuis 2 jours, elle n'a pas émis de gaz, et elle vomit. Les vomissements, d'abord espacés, ont augmenté de fréquence et deviennent bilieux, verdâtres. J'assiste, en arrivant, à un vomissement noir d'odeur fécaloïde. La température est à 38°2. Le pouls à 100.

Le ventre est modérément ballonné, peu tendu, uniformément sonore. La malade accuse des coliques violentes, la palpation est douloureuse dans la fosse iliaque droite.

Dans les antécédents, rien de particulier. Je note un peu d'emphysème et une insuffisance mitrale parfaitement compensée.

Le diagnostic d'occlusion intestinal s'impose ; on ne peut préciser la cause de l'occlusion ; cependant, les troubles digestifs ressentis depuis 6 mois, la constipation chronique, l'amaigrissement, la douleur dans la fosse iliaque droite, incitent à penser qu'il peut s'agir d'un néoplasme de la région iléo-cœcale.

La malade est aussitôt transportée à la clinique et opérée.

Intervention. Anesthésie générale au chloroforme. Laparotomie médiane sous-ombilicale ; le grêle assez distendu est de coloration vineuse, s'échappe ; le cœcum est à plat. Mais la main qui explore rencontre aussitôt un corps dur. L'anse grêle qui le contient est extériorisée. On sent, à 60 centimètres du cœcum, un calcul du volume d'une noix. Après légère expression du bout afférent, deux clamps élastiques sont placés de part et d'autre du calcul.

Entérotomie : Extraction du calcul mesurant 3 cm. 5 sur 2 cm. 5. Suture de l'intestin perpendiculairement à l'axe, en deux plans au fil de lin.

Les lésions intestinales étaient minimales, teinte vineuse en amont, noirâtre au niveau du point où siégeait le calcul, sans trace de sphacèle. Pas de sérosité dans le péritoine. Fermeture de la paroi en trois plans.

Les suites opératoires ont été idéalement simples et sans histoire. Les vomissements cessent. La malade

émet des gaz et va à la selle le lendemain. Elle quitte la clinique au bout de deux semaines. Je l'ai revue en mars 1930; elle jouit d'une excellente santé, n'accuse aucun trouble, et se plaint seulement de constipation opiniâtre.

CHAPITRE IV

Considérations sur le pronostic et le traitement de l'iléus biliaire à forme pseudo-néoplasique

A l'heure actuelle, l'iléus biliaire reste une forme d'occlusion intestinale particulièrement grave, bien qu'au cours de ces dernières années le nombre des cas opérés et guéris ait augmenté d'une façon certaine. Des statistiques très nombreuses furent publiées à ce sujet et il semble que la mortalité de l'iléus biliaire oscille entre 56 et 85 p. 100. En rassemblant tous les cas présentés à la Société de Chirurgie de Paris, où eut lieu en 1921 une discussion importante sur cette question, on arrivait au chiffre élevé de 68 p. 100 de mortalité.

Tous les auteurs qui se sont occupés de l'iléus biliaire ont essayé d'expliquer la gravité particulière de cette occlusion et tous ont été frappés par des cas très déroutants où, en dépit d'une intervention extrêmement satisfaisante, la mort survenait en quelques heures.

Nous ne voulons pas étudier tous les facteurs invoqués pour expliquer la gravité de l'iléus biliaire ; ils sont à l'heure actuelle relativement bien connus, mais parmi ceux que l'on envisage habituellement il en est qui se trouvent modifiés dans les formes pseudo-néoplasiques et qui contribuent à établir le pronostic de ces formes.

Là comme ailleurs, il s'agit de vieillards, anciens lithiasiques, dont le foie est plus ou moins touché, qui sont opérés souvent tardivement, chez lesquels les lésions intestinales peuvent être accentuées, toutes conditions peu favorables. Mais il est un fait qui a, croyons-nous, une très grosse importance : c'est le siège de l'occlusion. Le plus souvent, il est vrai, le calcul est arrêté comme d'habitude à la fin de l'iléon, mais parfois l'obstacle siège au niveau du cœcum, du côlon, et ces cas sont d'un pronostic certainement plus favorable. La déshydratation et la déchloruration de l'organisme sont moins intenses, l'intoxication moins rapide que dans les formes d'occlusion haute du grêle et l'on peut espérer dans de tels cas des succès plus nombreux qu'à l'ordinaire.

Sur nos 10 observations, il y a eu 6 guérisons et 4 morts, soit 40 p. 100 de mortalité. Par conséquent il semble bien que dans les formes pseudo-néoplasiques le pronostic soit un peu plus favorable que dans les autres variétés de l'iléus biliaire.

Quant au traitement de ces formes pseudo-néoplasiques, il ne diffère sensiblement pas de ce qu'il doit être en présence de tout iléus biliaire; aussi serons-nous bref à ce sujet.

Il n'est plus question actuellement d'envisager de parti-pris un traitement médical de l'iléus biliaire. On est quelquefois malheureusement conduit à l'appliquer trop longtemps parce que l'on hésite à intervenir en présence d'une occlusion qui présente des rémissions trompeuses et pour laquelle aucun diagnostic précis n'a été fait, mais en principe il doit être formellement rejeté.

Le lavement électrique, dont l'emploi avait été préconisé à la Société de Chirurgie de Paris, en 1910, par MARION et ROUTIER, doit être abandonné ; s'il est quelquefois dangereux, il fait en tout cas toujours perdre un temps précieux.

De plus en plus, en matière d'occlusion intestinale, la tendance est à intervenir d'urgence et l'on peut dire que, surtout si l'on soupçonne un iléus biliaire, on doit intervenir au plus tôt. Dans les formes pseudo-néoplasiques, il est vrai, on est exposé à perdre du temps en raison de l'allure chronique de l'affection et c'est souvent seulement en présence des accidents terminaux d'occlusion aiguë que l'intervention est pratiquée. Il y aurait le plus grand intérêt à intervenir à la phase de subocclusion, alors que l'état général est encore bon, et l'on doit arriver à poser un diagnostic opératoire dans un assez grand nombre de cas par l'examen minutieux du sujet et sa mise en observation.

C'est le plus souvent la laparatomie une fois faite que l'on se rend compte de la nature de l'obstacle et que l'on doit prendre une décision.

L'entérotomie est évidemment la plus simple et la plus bénigne des interventions. Si les lésions des pa-

rois intestinales ne sont pas très prononcées, elle peut suffire et, comme on le voit à l'examen de nos observations, c'est le plus souvent l'entérotomie qui a été pratiquée.

Mais la présence de liquides septiques dans l'anse malade, la résorption de produits toxiques à ce niveau expliquent les échecs fréquents de cette opération simple. C'est pour pallier à ces dangers que l'on a pu adjoindre à l'entérotomie soit une petite iléostomie de décharge en amont, soit une anastomose latéro-latérale entre les deux segments de l'anse sus et sous-jacents à la suture, ou même les deux à la fois.

Dans une observation de MM. SANTY et HEITZ, on compléta l'entérotomie par une anastomose latéro-latérale entre les deux pieds de l'anse et les suites opératoires furent extrêmement simples.

Ces procédés semblent donc très utiles dans les cas où l'anse suturée ne présente pas de lésions particulièrement accentuées et ils assurent beaucoup plus de sécurité que la simple entérotomie en dérivant les produits toxiques contenus à l'intérieur de l'intestin.

L'utilisation des injections intraveineuses de sérum salé hypertonique semble devoir être recommandée dans de nombreux cas comme dans toutes les autres occlusions du grêle, mais on manque encore de documents précis en ce qui concerne son emploi dans l'iléus biliaire.

Lorsque les lésions de l'anse intestinale font craindre pour la vitalité de celle-ci, faut-il avoir recours à l'entérectomie ? Certains l'ont fait, mais c'est une opération tellement grave chez de tels sujets, grevés d'une

mortalité si considérable, qu'il vaut mieux tout faire pour éviter d'y avoir recours. On peut se contenter d'extérioriser l'anse malade, de suturer la brèche intestinale à la paroi, ainsi que MARION l'a fait dans un cas avec succès. Si le pronostic immédiat semble plus favorable que celui de l'entérectomie, le pronostic ultérieur est lié à l'importance de la brèche intestinale et, de toute façon, ce procédé ne doit être qu'un pis-aller en présence de lésions très avancées des tuniques intestinales.

Dans les formes pseudo-néoplasiques nous pensons que le maximum de succès pourra être obtenu par l'entérotomie avec iléostomie de décharge en amont ou anastomose latéro-latérale entre les deux pieds de l'anse. C'est ce procédé qui paraît offrir le plus de sécurité et si l'intervention a été suffisamment précoce, si les lésions intestinales ne sont pas trop accentuées, on peut espérer obtenir des guérisons plus nombreuses que dans les autres variétés d'iléus biliaire.

Conclusions

I. — Dans l'étude de l'iléus biliaire il est possible d'individualiser une véritable forme clinique que l'on peut appeler pseudo-néoplasique.

II. — En éliminant les cas très spéciaux où les accidents de sténose pylorique dus à l'arrêt du calcul dans la portion toute supérieure de l'intestin ont pu faire penser à un néoplasme du pylore, les formes pseudo-néoplasiques de l'iléus biliaire sont caractérisées anatomiquement par l'arrêt d'un calcul en général unique et volumineux dans une portion basse du tube digestif fin de l'iléon, appendice, cœcum, côlon.

III. — Leur allure clinique est particulièrement trompeuse, étant donné leur évolution lente, la constitution progressive d'une occlusion intestinale qui n'est complète qu'au bout d'une assez longue période. La perception dans certains cas d'une tumeur dure, peu douloureuse, vient encore égarer le diagnostic et l'on conçoit aisément toutes les difficultés de ce dernier. L'idée d'un néoplasme intestinal vient en premier lieu à l'esprit et la constatation de l'iléus biliaire est le plus souvent une surprise opératoire.

IV. — Le pronostic de ces formes reste sévère car il s'agit le plus souvent de femmes âgées dont les fonctions hépatiques sont plus ou moins profondément troublées, et chez lesquelles l'occlusion particulièrement lente conduit à une intervention souvent tardive. Cependant, comme l'obstacle siège dans une portion basse du tube digestif, on peut, malgré tout, espérer les succès plus nombreux que dans les autres variétés d'iléus biliaire.

V. — Le traitement doit être uniquement chirurgical et aussi précoce que possible, l'extraction du calcul par entérotomie s'impose dans tous les cas et quelquefois cette opération simple peut être suffisante.

Bien souvent, cependant, les lésions de l'anse intestinale, l'intoxication du malade commanderont de faire davantage :

— La résection intestinale, grevée d'une très forte mortalité dans ces cas, est à rejeter.

— L'anastomose entre les deux pieds de l'anse, avec ou sans extériorisation, semble très recommandable. L'iléostomie de décharge sera souvent d'un grand secours.

Dans tous les cas, les injections intraveineuses de sérum salé hypertonique sont à utiliser.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BERARD.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 17 Juin 1931.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

Bibliographie

On trouvera dans la thèse de Daraigiez (Bordeaux, 1922) la plupart des indications bibliographiques antérieures à cette date. Nous citerons les travaux importants parus depuis cette époque et ceux qui se rapportent surtout à la forme pseudo-néoplasique.

AIMES. — L'iléus biliaire. (*Progrès Méd.*, 17 nov. 1928, p. 1941.)

D'ALLAINES. — Occlusion intestinale mortelle par calcul biliaire. (*Soc. Anat.*, janvier 1924.)

AUVRAY. — Obstruction intestinale par calcul biliaire. (*Soc. de Chir.*, 12 déc. 1928.)

BAILLAT. — Occlusion intestinale par calculs biliaires. (*Soc. de Chir.*, 27 février 1929.)

BIDOIRE et FÈVRE. — Un cas d'iléus biliaire. (*Soc. Anat.*, 4 nov. 1926.)

BONNECAZE et LE CHAUX. — L'iléus biliaire. (*Archives des maladies de l'app. digestif et de la nutrition*, 1924, p. 201.)

BONNIOT. — A propos du diagnostic de l'iléus biliaire. (*Soc. de Chir. de Lyon*, 29 nov. 1928.)

BRÉMONT. — De la symptomatologie et du diagnostic de l'iléus biliaire. (*Thèse*, Paris, 1929.)

BROCQ, BRODIN et AIMÉ. — Un cas d'iléus biliaire.
Examen radiologique. (*Soc. de Chir.*, 13 nov.
1929.)

BRODIER. — Cas de guérison d'iléus biliaire. (*Soc.
des Chirurgiens de Paris*, 21 mai 1926.)

BRODIN. — Iléus biliaire (*Progrès Médical*, 17 janvier
1925.

CHENUT. — Occlusion intestinale par calcul biliaire.
(*Rev. de Chir.*, 1927, p. 319.)

COCHEZ. — Occlusion intestinale par calcul biliaire.
Diagnostic et mobilisation par le toucher vagi-
nal. (*Soc. de Chir.*, 1926, p. 1078.)

DARTIGUES. — Un cas d'iléus biliaire. Guérison. (*Soc.
des Chirurgiens de Paris*, 7 mai 1926.)

DUBOUCHER. — A propos de l'iléus biliaire. (*Soc. de
Chir.*, 12 février 1930, p. 205.)

DUPONCHEL. — Occlusion intestinale par calcul bi-
liaire. (*Soc. de Chir.*, 9 août 1930, p. 563.)

FOURREY. — A propos de quatre observations d'iléus
biliaire. (*Thèse*, Paris, 1929.)

GUEULETTE. — Iléus biliaire et double sténose du
grêle. (*Soc. de Chir.*, 13 nov. 1929, p. 1190.)

GUILLEMEN. — De l'iléus biliaire et en particulier de
sa guérison spontanée. (*Archives franco-belges
de Chirurgie*, nov. 1925, p. 953.)

GUILLEMINET. — Conduite à tenir dans l'iléus biliaire.
(*Soc. de Chir. de Lyon*, 12 décembre 1929.)

HARTMANN. — L'iléus biliaire. (*Journal de Méd. et de
Chir. Pratiques*, 16 mai 1928.)

LAMARE et LARGET. — *Soc. de Chir.*, 28 nov. 1928,
p. 1313.

- LEURET. — *Soc. des Chirurgiens de Paris*, 2 juillet 1926.
- MONDOR. — *Diagnostics urgents : Abdomen*. Masson, 1930.
- MOONS et GYS. — Iléus biliaire. (*Archives franco-belges de Chirurgie*, déc. 1923.)
- MORICE. — *Soc. de Chir.*, 13 nov. 1929, p. 487.
- PAVIOT et MOULINIER. — Iléus biliaire. (*Lyon Médical*, 21 décembre 1930.)
- PRAT. — Sur trois cas d'iléus biliaire. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. et de Climatologie de Nice*, sept.-oct. 1928.)
- J. QUÉNU. — Trois cas d'iléus biliaire. (*Soc. de Chir.*, 22 janvier 1930, p. 85.)
- Diagnostic, traitement et pronostic de l'iléus biliaire. (*Bulletin Méd.*, 29 nov. 1930, p. 867.)
- SANTY. — Deux observations d'iléus biliaire. (*Soc. de Chir. de Lyon*, 8 nov. 1928.)
- SANTY et HEITZ. — Forme pseudo-néoplasique de l'iléus biliaire. (*Soc. de Chir. de Lyon*, 7 mars 1929.)
- TÉMOIN. — *Soc. de Chir.*, 4 déc. 1929, p. 1309.
- TOURNEUX. — Iléus biliaire. (*Soc. de Méd. et de Chir. de Toulouse*, déc. 1926.)
- VALKÉVITCH. — Contribution à l'étude de l'iléus biliaire aigu et de son traitement. (*Trèse, Lyon*, 1931.)
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
CHAPITRE PREMIER. — Etiologie.....	13
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique.....	17
CHAPITRE III. — Etude clinique.....	23
Symptômes classiques de l'iléus biliaire....	23
Formes pseudo - néoplasiques de l'iléus biliaire	31
OBSERVATIONS	39
CHAPITRE IV. — Considérations sur le pronostic et le traitement de l'iléus biliaire à forme pseudo-néoplasique	57
CONCLUSIONS	63
BIBLIOGRAPHIE	65



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

42, QUAI GAILLETON

LYON



